

**A morte na infância:
Impacto na equipe de saúde.**

Isabele Raiana de Mendonça Rangel

**Brasília – DF
Dezembro de 2014**

**A morte na infância:
Impacto na equipe de saúde.**

Monografia apresentada à Faculdade de
Psicologia do Centro Universitário de Brasília –
UniCEUB como requisito parcial à conclusão do
curso de Psicologia.
Professora-orientadora: Morgana Queiroz

Isabele Raiana de Mendonça Rangel

**Brasília – DF
Dezembro de 2014**

Folha de Avaliação

Autora: Isabele Raiana de Mendonça Rangel

Título: A morte na infância – Impacto na equipe de saúde.

Banca examinadora

Profa. Mestra Morgana de Almeida Queiroz

Profa. Mestra Adriana Dias

Profa. Dra. Marina Kohlsdorf

Brasilia – DF
Dezembro de 2014

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, Francisco e Ana, pela determinação e luta na minha formação.

Agradeço as minhas companheiras de monografia, que sofreram e se angustiam junto comigo, mas que no fim também conseguiram terminar tudo com a ajuda uma das outras. Com certeza seremos excelentes profissionais.

Não poderia deixar de agradecer pelo companheirismo, dignidade, carinho e muito mais, o Renan, que leu, releu, comentou e me fez melhorar esta monografia, também me ajudou nos momentos de crise e não me deixou entrar em colapso. Haha.

Agradeço também a turma do fundão do obj, da qual tive orgulho de fazer parte, e apesar de não estarmos mais na mesma cidade há mais de cinco anos, sempre me ajudam via facebook, whatsapp e tudo mais que a tecnologia pode oferecer. Um agradecimento em especial para Isa e para a Paulinha, sem vocês eu nunca teria terminado.

Agradeço a todos os meus amigos, que nesse momento de completa imersão na fase de construção desta monografia entenderam minha ausência das festas de aniversários, reuniões e barzinhos. Agora já podemos comemorar.

Agradeço à minha querida e amável orientadora, Morgana, que com paciência conseguiu corrigir os meus textinhos em azul (tinta preta é luxo) e também por ser uma excelente professora e profissional.

Agradeço as supervisoras de estágio, Adriana, Carol e Marina e também aos professores supervisores dos estágios no Cenfor, Ciomara e Otávio, que souberam me conduzir nos estágios amplamente.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma me fizeram chegar até aqui. Muito obrigada.

“Algumas pessoas marcam a nossa vida para sempre, umas porque nos vão ajudando na construção, outras porque nos apresentam projetos de sonho e outras ainda porque nos desafiam a construí-los”. Rommel Castro

“A vida das gentes neste mundo, senhor sabugo, é isso. Um rosário de piscadas. Cada pisco é um dia. Pisca e mama; pisca e anda; pisca e brinca; pisca e estuda; pisca e ama; pisca e cria filhos; pisca e geme os reumatismos; por fim pisca a última vez e morre.
- E depois que morre? — perguntou o Visconde.
- Depois que morre vira hipótese. É ou não é?”

Autor: Monteiro Lobato em Memórias de Emília

Sumário

Capítulo I - Evolução da Morte.....	4
Capítulo II – Impacto da morte.....	11
Capítulo III – Metodologia.....	16
Capítulo IV – Discussão.....	17
4.1 – Formação, prática e preparo da equipe.....	18
4.2 - Naturalização da morte no contexto hospitalar.....	21
4.3- O impacto da Morte de crianças.....	25
Capítulo 5 – Considerações finais.....	31
Referências -.....	33
Apêndice.....	37

Resumo

No contexto hospitalar, a morte é uma constante, o que a torna um processo de rotina no dia a dia do profissional de saúde. Esta monografia resulta de um trabalho que teve como objetivo analisar o relato da vivência de profissionais que atuam em equipes multidisciplinares de saúde frente ao processo de morte e morrer na pediatria. A pesquisa foi de cunho qualitativo, e os participantes foram: uma profissional da área médica, uma da área de fisioterapia, uma enfermeira e uma psicóloga. Para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semi-estruturada. Foi identificada como propriedade dessa experiência o sofrimento, pertinente especialmente ao vínculo constituído entre o profissional, a criança e sua família. Além disso, pôde-se compreender que esse sofrimento incide sobre o cotidiano de algumas das entrevistadas, causando-lhes uma sobrecarga emocional. Com isso em mente, a necessidade da criação de espaços para a elaboração deste luto dentro das instituições de saúde se faz necessária, e ainda é importante que essa área seja trabalhada de forma mais profunda nos cursos de formação de saúde, a fim de originar uma preparação melhor dos futuros profissionais, que sofrerão menos com isto em seu cotidiano.

Palavras-chave: morte, infância, terminologia, profissionais de saúde.

Embora presente na vida de todos os seres vivos em algum momento, a morte continua sendo uma questão difícil de ser discutida, especialmente em nossa cultura. A nossa sociedade não aceita a morte como uma fase da vida e foge dela a todo custo. Apesar de ser corriqueiro no dia a dia dos profissionais da saúde é possível verificar certos problemas com o modo como estes profissionais lidam com ela, especialmente, quando se trata de uma criança. Mesmo sabendo que há esta dificuldade em lidar com a morte Kovacs (1992) explica que quando pensamos na morte como algo biológico e natural, fica mais fácil de enquadrá-la no ciclo vital: nascimento, desenvolvimento, e morte. Ou seja, são fatores naturais e inevitáveis do ciclo biológico.

Atualmente a equipe de saúde e a sociedade em geral percebem a morte como um “tema proibido”, os profissionais criam um senso de responsabilidade ao lidar com a vida dos pacientes e veem como uma obrigação mantê-los vivos. Assim, quando a morte ocorre ela é vista como um fracasso profissional, uma culpa. É possível destacar que a morte não está mais presente no cotidiano das famílias, pois foi deslocada para os hospitais e as crianças não participam mais de funerais e despedidas por uma superproteção vinda do mundo adulto. (Costa & Lima, 2005).

A morte é encarada como um acontecimento de progressão biológica e não mais como um evento da vida. Contudo, a morte não é apenas um evento biológico, e sim um processo construído pelo social, que não se diferencia em nada de outras dimensões construídas em sociedade. Apesar disso, o hospital acabou se tornando o local aonde as pessoas vão para morrer atualmente (Brêtas et al., 2006).

Quando se fala de morte, a relação dos profissionais já é difícil. Quando se trata de abordar a morte de uma criança, ela se torna angustiante e pode, algumas vezes, gerar uma reação exacerbada. Alencar et al. (2005) explicam que os profissionais de saúde enxergam a morte como um sentido de impotência, apesar de lidar com isso em seu

cotidiano. Alguns relatam este sentimento frente ao fato da morte ser imprevisível. Eles acabam percebendo sua própria finitude em cada uma das circunstâncias de morte de seus pacientes. Esta sensação de ser impotente perante a morte de uma criança pode causar dor nos profissionais da saúde, que muitas vezes se perguntam se poderiam ter feito algo a mais para salvar a vida daquele paciente, o que de acordo com Silva et al. (2009), podem ocasionar conflitos entre vida e morte.

Diante do exposto, o primeiro capítulo visa apresentar uma revisão bibliográfica da evolução da morte como conceito, desde a idade média até a nossa atualidade. O segundo capítulo apresenta como os profissionais de saúde lidam com os processos de morte de crianças em seu cotidiano e qual o impacto que essas mortes geram em sua vida pessoal. O terceiro capítulo explica o método de pesquisa que consiste em todas as diferentes representações de morte da criança para os profissionais de saúde, o impacto que ela gera e as diferentes formas que ela é abordada na graduação e prática destes profissionais. Foi feita a opção de trabalhar com os profissionais da área de pediatria, devido à preferência da pesquisadora por esta área de atuação, e também por existirem poucos estudos multiprofissionais que abordem a forma que eles lidam com as mortes que vivenciam no seu dia-a-dia. A metodologia de cunho qualitativa foi escolhida para esta monografia, pois ela visa reforçar a importância da linguagem e do significado da fala do participante. Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada construída a partir das ideias de pesquisa, através desse procedimento foi possível obter dados objetivos e subjetivos que podem ser relacionados aos valores, às atitudes e às opiniões dos entrevistados (Minayo, 1994). Esta monografia incluiu quatro diferentes profissionais da área de saúde: enfermeira, médica, fisioterapeuta e psicóloga. No quarto capítulo apresentamos a discussão, articulamos as falas dos profissionais da saúde entrevistados com a bibliografia consultada. Apesar das diferentes formas de encarar a internação e a

morte de seus pacientes todos os profissionais estão na mesma equipe multidisciplinar de saúde. Buscamos utilizar as contradições nas formações e discursos para produzir material reflexivo e alcançar assim os objetivos. Por fim, as considerações finais, que não têm finalidade ou ambição de esgotar a complexidade deste tema, mas sim instigar novos pesquisadores a também trabalharem nesta área rica e tão carente de pesquisas.

Capítulo I - Evolução da Morte

A morte enquanto fenômeno é constantemente caracterizada como uma etapa do desenvolvimento humano (Combinato & Queiroz, 2006; Kovács, 2005), carregada de significados simbólicos distintos, indo além da ideia de um mero processo biológico, compreendido como uma paralisação total da máquina-corpo. (Capra, 1982, citado por Cominato & Queiroz, 2006)

Desde a Idade Média até o século XIX, a postura da sociedade perante a morte sofreu modificações de uma forma lenta e quase imperceptível. Já do fim do século passado até hoje foram vistas mudanças mais drásticas, caracterizadas pela rapidez das mudanças na qual a sociedade se insere, tornando-se obrigada a ter um maior esforço de adaptação, bem como a criação de novas definições acerca do conceito de morte (Perazzo, 1995).

O conceito de morte passou a apresentar uma conotação mais romantizada a partir do século XIX, devido à exaltação da dor vista na literatura da época. Perazzo (1995) caracteriza esse momento com o início da negação da morte, pois esta, que anteriormente era uma parte socializada com a comunidade, tornou-se um momento banal e anônimo, quase como se não ocorresse.

O historiador Philippe Ariès (1989) traça a trajetória da forma como a morte é representada numa perspectiva temporal, descrevendo desde a fase em que a morte era um evento comum no seio da família até os dias atuais, em que a morte é negada e tida como inexistente. No período contemporâneo as representações do conceito de morte possuem características denominadas pelo autor de “Morte Interdita” e “Morte Invertida”. Interdita porque é um assunto proibido e invertida devido a forma como é negada.

Ainda na perspectiva do autor, uma das principais características da morte interdita seria a alienação e ocultação do moribundo do processo de morte, sob a alegação de uma tentativa por parte dos cuidadores e família de proteger o doente. Mas, veladamente, o que

se vê é a evitação de se conversar sobre uma morte iminente, para poupar a todos de reações emocionais e desgastantes. Observa-se nesse processo uma troca de gentilezas, em que o doente, se percebe a existência da conspiração familiar, finge não perceber para não falar de assunto tão difícil.

Pontua-se ainda como característica, neste cenário, que o luto é uma vivência solitária e envergonhada, buscando-se não incomodar o próximo com temas considerados tão pouco agradáveis. As manifestações de dor e sofrimento ficariam restritas à vida privada e fora da presença de crianças.

Tal contexto, segundo Ariès (1989) deve-se à busca desesperada pela felicidade imediata e pela aparência de felicidade, saúde, sucesso e prosperidade diante dos outros, significando situações de morte, dor e tristeza como sinônimos de fracasso, impotência e vergonha (Combinato & Queiroz, 2006). Assim a dor é reprimida para não incomodar a felicidade alheia.

Como a morte não pode ser vencida é então ocultada. Desta forma, chega-se a morte invertida, que é o total silêncio sobre o tema. As pessoas se comportam como se a morte não existisse, havendo uma supressão de tudo que evoque o tema morte, quando essa morte é a “minha morte” paradoxalmente ao que se verifica como uma morte escancarada vivenciada todos os dias através da mídia, em que há uma insensibilidade provocada pelo excesso de exposição ao tema, quando se refere à morte do outro. (Kovács, 2005)

Perazzo (1995) explica também que, a contemporaneidade ainda não foi capaz de assimilar o fato de sermos seres finitos. Além disso, o progresso dos procedimentos médicos, diagnósticos e tratamentos fazem com que as pessoas, nos primeiros sinais de uma doença, sigam direto para uma internação hospitalar. Assim, a partir de 1930, as taxas de mortes no seio familiar caíram e aumentaram as taxas de morte hospitalar.

Pitta (1994) citado por Azeredo (2007) ressalta que as questões referentes a morte

ficaram reclusas ao âmbito hospitalar quando este foi transformado em o local aonde as pessoas vão para morrer. Perazzo (1995) diz ainda que os cuidados com o doente são geralmente transferidos para as equipes especializadas, e isso vem sendo vivenciado como uma rotina para os profissionais de saúde que lidam com os pacientes em sua hora de morte.

Assim, nossa sociedade atual costuma morrer, em uma maioria, sozinha nos hospitais. Esta seria uma das razões para que ela não seja encarada de forma mais tranquila. Neste sentido, o ato de morrer virou algo mecânico (Kubler-Ross 1998).

Ajudar e amparar o doente que pode partir a qualquer momento é um grande desafio com o qual os familiares e profissionais de saúde têm que lidar. Kubler-Ross (1998) diz ainda que existe um tipo de “obrigação” por parte de cuidadores de amparar até o último suspiro da pessoa que está vivenciando esse processo de morte. A autora diz ainda que o processo de morte consiste em um acontecimento que gera medo ou pavor. E que esse tipo de sentimento faz com que os profissionais de saúde, que lidam com a morte de forma cotidiana, repensem e reflitam sobre sua própria existência.

Apesar de a morte fazer parte da vida, ela costuma parecer mais dolorosa quando acontece prematuramente. Porém, ao longo dos anos isso não foi observado. Enquanto atualmente, ao se falar de criança logo pensamos em vida, futuro e alegria. A valorização dessa fase da vida é recente na história. Santana (2000) explica que até o século XIX a criança não era considerada “ser”. Somente após a revolução industrial ocorreram as primeiras noções de infância que evoluíram até a nossa atual valorização.

Antes disso, não existia diferenciação dos estágios de desenvolvimento como infância, adolescência, etc.

“A vida era a continuidade inevitável, cíclica, uma continuidade inscrita na ordem geral e abstrata das coisas, mais do que na experiência real, pois poucos homens tinham o privilégio de percorrer todas as idades da vida naquelas épocas de grande mortalidade.”
(Ariès, 1986, p. 39)

Ainda em seu livro, Ariès (1986) fala de um texto medieval chamado *“Le grand propriétaire de toutes choses”* onde as fases da vida de um ser humano são retratadas como planetas: infância, pueritia, adolescência, juventude, senectude e velhice. Em sua análise, o autor explica que a infância era apresentada como a fase que durava do nascimento até sete anos de idade. Esses “seres” eram chamados de *enfant* “aquele que não tem fala”.

Entre o século XIV e XVII, a infância era um sinônimo de adolescência. No início do século XVII, os nobres começaram a utilizar o vocabulo “infância” para denominar pessoas na condição de submissão total. Foi no século XVIII que este vocábulo começou a ser utilizado para denominar as crianças e somente século XIX, a ideia de uma fase da vida denominada infância se concretizou.

Atualmente, com suas condições específicas, as crianças se tornaram dependentes, não responsáveis jurídica, política e emocionalmente. A criança vai à escola, brinca, mora com a família, é feliz e não tem responsabilidades (Castro,1998; Leite, 2000 citados por Salles, 2005). Hoje, existe a ideia de que as crianças e os adolescentes devem ser educados para se tornarem adultos. (Salles, 2005)

Essas evoluções resultaram atualmente em formas de proteções às crianças e adolescentes que atualmente encontram-se reunidas em documentos, como o ECA (Estatuto da criança e do adolescente, 1990).

Assim, é possível entender que o conceito de valorizar a infância é algo recente na história. Com essa valorização surgiram várias profissões que têm como objetivo ajudar a conhecer e acolher essas crianças.

Como a sociedade contemporânea espera que suas crianças estejam preparadas para a vida adulta, é importante ressaltar que o desenvolvimento da criança não para, pelo simples fato de ela estar internada. Aos profissionais de saúde cabe uma grande responsabilidade de manter na lembrança que essas crianças continuam existindo além das portas dos hospitais, e precisam se manter em desenvolvimento.

O primeiro hospital pediátrico surgiu em 1802, em Paris, logo em seguida em Londres e somente na segunda metade do século, nos EUA. As crianças eram mantidas isoladas, devido a possível contaminação que a família poderia trazer (Gomes, 2000).

Gomes (2000) ressalta também que somente após a segunda guerra mundial que a criança foi vista como um ser com necessidades não só biológicas, mas psicológicas, sociais e emocionais. Assim, o isolamento das crianças começou a ser reavaliado. Foi somente no fim dos anos 80 que a família começou a participar mais ativamente da vida da criança internada.

No Brasil nos anos 90, com a implementação do SUS, veio a regulamentação da lei 8.069 (ECA), que tornou direito da criança a presença de um acompanhante no período de sua hospitalização. O processo de internação funciona como uma forma simbólica de afastamento de sua rotina, o que pode provocar o nascimento de fantasias e temores, incluindo o da sua própria morte. Portanto, é extremamente importante, ao se internar uma criança, dar atenção às necessidades emocionais delas e de seus pais/acompanhantes (Capparelli, 1998).

O adoecimento na infância costuma gerar um sentimento de culpa nos responsáveis, que ao se verem sem outra forma de cuidar dessa criança, recorrem aos profissionais de saúde (Ribeiro, 1999).

Existe certa tendência entre os profissionais de superprotegerem as crianças hospitalizadas, com uma necessidade de reduzir qualquer sofrimento que ela possua. Porém,

toda essa superproteção não garante a sobrevivência dessa criança. A morte geralmente vem acompanhada de um grande trauma para a família, ao desencadear um sentimento de falha e negligência. O que requer uma grande compreensão por parte da equipe de saúde, que além de ter que lidar com os seus próprios sentimentos acerca desta morte, devem também lidar com os sentimentos da família.

Ismael (2004) diz que o psicólogo é o profissional apto para auxiliar a dinâmica familiar no contexto hospitalar e que quanto mais acontece o agravamento do quadro clínico do paciente, mais desestruturação poderá ocorrer nesta dinâmica já prejudicada.

Adamo (2002, citado por Ismael, 2004) explica que a forma da família de vivenciar a gravidade da doença dependerá do tipo de doença apresentada pelo paciente. Ao se falar de crianças, além da dor, os pais acabam procurando culpabilizar algo ou alguém por tudo que esta ocorrendo. Jacono (1999) e Hodovanic (1984) citados por Ismael (2004) ressaltam ainda que a relação da família com o paciente é vista como simbiótica, principalmente quando se trata de uma criança internada. Nestes casos, geralmente é a mãe da criança que acompanha todo o processo de internação dela, cabendo aos psicólogos trabalhar os sentimentos e angústias dessas mães para que elas aprendam a lidar melhor com as situações vivenciadas e consequentemente amparar a criança nessa fase de internação.

A equipe de saúde costuma concentrar seu cuidado no paciente internado, somente conversando com a família em momentos de notícias sobre o quadro do paciente. A relação que existe entre a família e os membros da equipe de saúde pode ser muito complicada, pois ela pode associar a equipe médica com as notícias ruins ou seus fracassos. A equipe também sofre, principalmente quando fracassa em ajudar na melhora dos pacientes, isso gera frustração e sentimento de impotência diante das situações de crise. Quando não trabalhado com a equipe estes sentimentos podem causar uma frustração que pode ser transferida para o paciente e seus familiares, segundo Ismael (2004).

Para tanto é necessário que o profissional da psicologia esteja atento para observar a dinâmica da equipe e da família e assim, intervir quando necessário para que o equilíbrio seja alcançado e ambos os lados estejam amparados nas suas necessidades.

Capítulo II – Impacto da morte

Tendo como base o que Esslinger (2004) expôs, este capítulo abordará os efeitos da presença constante da morte no ambiente hospitalar. Mesmo com a utilização de mecanismos de defesa pelos profissionais de saúde que são muitas vezes configurados nas máscaras de indiferença e insensibilidade que se manifestam nesses ambientes, ela traz um inevitável sentimento de angústia inconsciente, despertando manifestações como raiva, desânimo, sentimentos de fracasso e impotência diante da árdua tarefa de vencer um inimigo invencível – a morte. (Herzlich, 1993, citada por Menezes, 2004).

Os profissionais da saúde que lidam com doentes que possuem prognóstico reservado são submetidos a fatores de estresse tais como: a necessidade de comunicação constante de más notícias, o enfrentamento da morte quando foram treinados para a cura, a perda constante de pessoas com as quais estabeleceram algum tipo de vínculo, a absorção da dor e raiva vividas pelos doentes e familiares. Atrelado a isso há o confronto diário das suas crenças e valores pessoais, o que leva tais profissionais a refletirem constantemente sobre sua própria mortalidade, suas limitações pessoais, profissionais e o lidar com suas emoções, podendo ocasionar distúrbios emocionais e físicos (Twycross, 2003).

Análises produzidas por psicanalistas, antropólogos e psiquiatras favoreceram a aproximação da psicologia desse contexto hospitalar envolvendo pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, entre elas as desenvolvidas por Cicely Saunders (1989, citada por Menezes, 2004), Elizabeth Kübler-Ross (1969) e Avery D. Weissman (1972, citada por Kovács, 1992), que levantaram a importância de uma abordagem do paciente que vai além de uma visão biológica e fisiológica neste cenário Figueiredo & Figueiredo (2009) e Menezes (2004). Ou seja, uma abordagem que englobe também o contexto psicossocial dos pacientes.

Cicely Saunders (1993, citada por Esslinger, 2004; 1967, citada por Menezes, 2004) ressignificou a dor chamando-a de dor total e dor espiritual. A primeira possui um conceito de sofrimento complexo que abrange além do aspecto físico os componentes psíquicos que são tipificados por medos e outros sentimentos como o sofrimento pela proximidade da morte e os componentes sociais onde é possível citar o isolamento e a exclusão causados pela doença. Já a dor espiritual é caracterizada pela necessidade do sentido da vida, ou seja, neste caso são representadas pelo medo do desconhecido e do pós-morte incluindo a busca de fé e conforto espiritual.

Kübler-Ross (1998) contribuiu com seus estudos sobre os estágios psicológicos do indivíduo em relação à internalização da doença e a possibilidade de morte, definindo-os em: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação (1969, citado por Kovács, 1992). Weisman (1972, citado por Kovács, 1992) por sua vez, acredita que o medo da proximidade da morte, não é o único ou pior medo que assombra os doentes, mas há a angústia de sentir-se sozinho, isolado, excluído, de dar trabalho aos outros, entre outros sentimentos, que o autor denominou sofrimento secundário.

Compreendendo os estudos e definições apontados por Elizabeth Kubler-Ross (1998) e Weisman (1972, citado por Kovács, 1992) chega-se ao panorama que indica a necessidade de intervenção psicológica com pacientes com doenças fora de possibilidades terapêuticas. Neste momento abre-se o campo para o profissional de psicologia como membro da equipe multidisciplinar com atuação junto a tais doentes e seus familiares, atuação que não se deve encerrar na morte do doente, mas continuar como uma assistência ao luto, com o objetivo de auxiliar a transformar a dor dos familiares em saudade (Figueiredo & Figueiredo, 2009; Menezes, 2004).

Assim, o trabalho do psicólogo que atue nesta área torna-se duplamente necessário, uma vez que sua atribuição também se estende ao atendimento à própria equipe como

um todo. Tal assistência se faz necessária devido ao desgaste pelo qual passa o grupo de profissionais diante das constantes perdas e o contato com o sofrimento e a dor. Assim sendo, o psicólogo deve manter a vigilância para não permitir manifestação expressa de sentimentos pessoais, como ansiedades e fantasias, de forma que não transfira estes desejos, e seus clientes consigam evoluir e elaborar suas perdas de acordo com seu entendimento pessoal (Silva, 2003).

Outra atribuição do profissional diz respeito a situações de luto antecipado em que, diante da consciência da iminência da morte, deve buscar despertar e promover no doente a ideia da necessidade de rituais de reconciliação, perdão e despedida para consigo mesmo e para com seus familiares (Lisbôa & Crepaldi, 2003; Menezes, 2004). Oliveira, Santos e Mastropietro (2010) ressaltam a importância do maior desprendimento possível de crenças e valores pessoais para que seja realizado um trabalho que tenha importância para o doente:

“Trata-se de um interagir que exige o máximo de liberdade interna para nos deixarmos levar pelos reiterados “convites” que o paciente nos faz para acompanhá-lo nessa travessia. A compreensão empática implica em poder *entrar na pele* do outro, porém é preciso ir além e poder olhar para o mundo a partir dos olhos do outro, isto é, como ele provavelmente o olharia. Para tanto é essencial termos uma postura de desprendimento e despojamento em relação aos nossos próprios valores, crenças e preconceitos, e total abstinência em relação aos desejos e expectativas de impor ao outro nossa própria perspectiva, sem a preocupação de chegar a algum lugar - por exemplo, acreditar que todas as conversações mantidas vão necessariamente resultar em alívio do intenso sofrimento emocional do paciente que está morrendo.” (p. 237, grifo do autor)

A forma básica de atuar é a escuta das vivências e sentimentos dos doentes. O desafio maior com que o psicólogo se depara é ouvir as manifestações do paciente sem se deixar impactar e paralisar em face da complexidade envolvida e no investimento realizado para a manutenção da relação terapêutica. De acordo com Oliveira et al. (2010) “essa empreitada exige uma condição de mente especial para poder oscilar livremente entre uma atitude de envolvimento existencial com o mundo vivido do outro e ao mesmo tempo preservar sua individualidade e identidade” (p. 237).

Segundo Torres e Guedes (1987), o acompanhamento psicológico de pacientes com doenças fora de possibilidades terapêuticas, por uma peculiaridade (que é a certeza de que o profissional futuramente estará no mesmo lugar daquele doente, ou seja, também morrerá), a torna diferente de qualquer outro tipo de relação terapêutica, tornando-se necessário ao profissional uma auto-avaliação sincera e imposição de uma série de questionamentos e posicionamentos necessários a uma boa atuação, entre eles pode-se citar:

- Para ser produtivo com o paciente, é necessário identificar e elaborar os próprios medos em relação a morte e o morrer;
- Defrontar-se com sua negação com relação à morte, para perceber a negação da instituição hospitalar e seus membros e também do próprio paciente;
- Questionar-se a respeito do significado do sofrimento;
- Preparar-se para a incompletude, uma vez que, em virtude da morte do cliente o processo terapêutico provavelmente não será concluído;
- Estar consciente dos motivos de sua escolha profissional, devido a tratar-se de uma tarefa difícil sob o ponto de vista emocional;
- Trabalhar a possibilidade de sentimentos de culpa relacionados ao paciente,

em virtude de saber-se que ele irá morrer, e depois outro e mais outro e o profissional continuará vivo.

Outras características concedem à assistência psicológica aos pacientes com doenças fora de possibilidades terapêuticas é a não existência de uma receita, roteiro ou planejamento, sendo sempre necessária a adaptação ao momento e às circunstâncias da doença, que se modificam a cada momento. O atendimento psicológico é secundário, sob o ponto de vista onde o que se prioriza é a vida e o alívio da dor e do sofrimento, apenas quando isso ocorrer será possível um atendimento de qualidade. Pode-se ressaltar também que o objetivo da terapia não é a busca de autoconhecimento e sim a busca de paz para o doente e seus familiares (Torres & Guedes, 1987).

Kovacs (2005) ressalta que atualmente os profissionais de saúde têm sido mais acometidos com sintomas de depressão, devido a essa ideia de que os profissionais têm de se distanciar de seus sentimentos frente à morte de algum de seus pacientes. Ela denomina isso de “luto não autorizado” e diz ainda que este processo está se tornando um problema na saúde. Afinal, os profissionais não conseguem elaborar o seu sofrimento podendo gerar assim, uma sensação de finitude e impotência, que podem ser extremamente dolorosos.

Capítulo III - Metodologia

A presente pesquisa teve como alvo analisar o impacto da morte na prática dos profissionais de saúde através de suas narrativas sobre a experiência com crianças nas unidades de pediatria.

Foram entrevistados quatro profissionais que atuam na área hospitalar com pacientes na pediatria. Sendo uma psicóloga, uma médica, uma fisioterapeuta e uma enfermeira. Foi apresentado o projeto e a importância de sua contribuição bem como esclarecidas todas as dúvidas suscitadas. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, logo após a assinatura do termo, foi realizada a entrevista. Não foi necessária observação em campo, e a entrevista foi conduzida fora do contexto hospitalar.

O presente estudo, por ser de cunho qualitativo, ressaltou a importância da fala e dos seus significados pelo participante. Foi desenvolvido um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), os participantes foram entrevistados individualmente em locais marcados de acordo com a sua disponibilidade, e as entrevistas foram gravadas e conduzidas como uma conversa aberta, com total liberdade do entrevistado falar sobre suas experiências. As perguntas da entrevista foram usadas apenas como forma de iniciar um tema a ser tratado, deixando assim o discurso do entrevistado fluir sem interrupções.

Através desse procedimento foi possível obter dados objetivos e subjetivos, que podem ser relacionados aos valores, às atitudes e às opiniões dos entrevistados (Minayo, 1994).

A análise de dados foi feita com o método hermenêutico-dialético. Nesta perspectiva, “a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida.” (Minayo, 1994 p. 77). Priorizamos a análise e interpretação dos relatos

dos profissionais, que foram descritos e interpretados de acordo com a individualidade dos sujeitos, as observações de suas condutas e costumes. Por fim, para a organização da análise foi adotado o seguinte critério apresentado por Minayo (1994):

- Ordenação de dados: transcrição de gravações, organização do material.
- Classificação dos dados: “Através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante (...) com base no que é relevante nos textos nós elaboramos as categorias específicas. Nesse sentido, determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação.”

(p.78)

- Análise final: Momento em que foram estabelecidas as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo, assim, às questões da pesquisa com base em seus objetivos.

Capítulo IV – Resultados e discussão

A partir da leitura e escuta das entrevistas feitas com quatro profissionais que atuam em equipes multidisciplinares de saúde infantil, foi possível elencar três categorias temáticas: formação, prática e preparo da equipe, naturalização da morte no contexto hospitalar e o impacto da morte de crianças. Visamos analisar em cada categoria elencada as falas dos sujeitos com a literatura previamente consultada.

1 – Formação, prática e preparo da equipe.

Nas entrevistas feitas com os profissionais fica clara a representação de morte como fracasso logo no início da conversa. A resposta dada por todos demonstrou surpresa e desconforto. Isto pode ser retratado no seguinte depoimento:

“Morte para mim é um momento de perda física, doloroso e triste. Algo que te deixa com um vazio imenso e sentimento de impotência”. (Médica)

Nossa sociedade não prepara os sujeitos para lidar com a morte, isso acaba por gerar ansiedade e uma falta de compreensão com este assunto. Nos cursos das diferentes áreas de saúde o esperado seria que todos estes profissionais saíssem da graduação com parâmetros e técnicas próprias para enfrentar com mais facilidade os diferentes casos de óbito. Mas **isso** não é o que ocorre atualmente. Durante as entrevistas duas profissionais, enfermeira e fisioterapeuta, relataram seu despreparo técnico para lidar com os casos de óbito:

“Meu curso não me preparou em nada, em meu primeiro óbito como enfermeira eu quase surtei. Tenho muita dificuldade para lidar com essas situações, pois não

fomos guiados adequadamente na faculdade e nunca sabemos o que falar nem como agir”. (Enfermeira)

“Sendo bem sincera, durante a minha faculdade, o meu contato com a morte foi praticamente zero. Nenhum paciente que eu tratei chegou a morrer. Nem mesmo na UTI, eu fiz estágio na UTI-adulto na faculdade, e a minha paciente teve alta. Mas na minha especialização, foi só na minha residência, que eu tive um contato maior, e tive que aprender na marra o que fazer ao ver os pequenos não aguentando”.

(Fisioterapeuta)

A psicóloga, apesar de ter tido contado com matérias que tratavam de morte, relatou em seu discurso uma falta de preparo mais aprofundado:

“Minha graduação falou de morte de forma superficial em algumas das matérias. Eu só aprofundei um pouco mais nas matérias extracurriculares. Acho que você tem que ter a iniciativa de correr atrás caso queria entender melhor sobre o assunto, o que eu acho que deveria ser abordado mais profundamente em todo o curso, tendo em vista que a nossa profissão está aí para gerar um amparo e pra conseguir lidar em grande parte com essas situações, principalmente quando se fala em psicologia da saúde.” (Psicóloga)

Como estudante de psicologia, acredito que a questão da morte realmente não é tratada como deveria nas salas de aula. Até mesmo na matéria de psicologia de desenvolvimento o assunto é tratado de maneira mais superficial. O tema surge novamente nas disciplinas de psicologia da saúde, mas só é realmente aprofundado em

matérias de ênfase ou optativas. Assim, alguns de meus colegas de curso, que não fizeram opção por ênfase em saúde ou não fizeram as matérias optativas que eu fiz, sairão do curso com uma noção mais superficial do tema. Quando o ideal é que todos saíssem com uma noção mais aprofundada. Já que a morte é um tema que não está só nos hospitais e sim em todo o cotidiano.

Na entrevista com a médica, que se formou há menos tempo, foi possível ver um preparo técnico maior para o enfrentamento da morte:

“Na faculdade a gente tem a matéria de psicologia um e dois, no começo prepara a gente para saber agir e pensar saber o que o ser humano pensa, né? Depois partiu pro lado mais delicado que é sobre a morte, durante as aulas tinham debates de caso clínicos, discussões e até mesmo situações hipotéticas de pacientes terminais. e até mesmo sobre eutanásia. A gente também aprendeu sobre as 5 fases da morte, negação, raiva, negociação, depressão e aceitação, a gente aprendeu um pouco sobre o pensamento, pra gente saber como agir para ajudar essas pessoas quando passam por isso, mas é diferente você aprender lá na sala de aula, e você por na prática, é completamente diferente porque na sala de aula você não consegue vivenciar e imaginar a situação daquela família, quando você tá pessoalmente, você põe em prática o que você aprendeu, mas você tá de cara com o sofrimento ali, e acaba tendo que colocar em prática também o seu lado humanitário, mostrar o que você sente, e não só a teoria que você aprendeu na faculdade, o que nem todos conseguem fazer, e por isso acaba sendo meio mecânico.” (Médica)

Como foi possível ver nesta fala, as escolas médicas atualmente têm melhorado as discussões desta temática, mas apesar de mais próximos desta realidade, não se pode

dizer que eles estão efetivamente mais preparados, tendo em vista que essa linha de estudo mais aprofundada na graduação é nova e grande parte dos médicos que estão atuando não passou por esse tipo formação.

Kovacs (1992) explica que nos treinamentos feitos por profissionais da área médica ocorre um tipo de dessensibilização com tudo que possa se ligar a morte. Ou seja, os pacientes são transformados em estatísticas e doenças, gerando assim um afastamento da morte natural, o que a torna uma questão puramente intelectual.

A enfermagem segue o mesmo rumo, Quint Benoliel (1972, citado por Kovacs 1992) explica que na formação de enfermeiros também são mais enfatizados os aspectos técnicos e práticos da função, quase não existe menção de emoções e sentimentos que esta relação de cuidado da enfermeira com o paciente pode gerar.

Pesquisas feitas por Kovacs (1992), Zorzo (2004) e Gutierrez (2003) com profissionais de saúde descobriram que sentimentos de negação e angústia são encontrados em processos que envolvem a morte, devido a este achado eles sugerem uma reformulação de currículos nas graduações, para que assim, a morte seja um tema mais abordado durante toda a formação destes profissionais. Então, no futuro esperamos ter uma equipe de saúde bem mais preparada.

2 - Naturalização da morte no contexto hospitalar

Na rotina do contexto hospitalar, é importante destacar que na maioria das vezes, a falta de tempo devido aos muitos procedimentos que os cuidadores têm para fazer os acaba impedindo de conseguirem lidar com os sentimentos de luto. O fato de se encontrarem numa dinâmica muito intensa na unidade em que trabalham faz com que em algumas situações, o momento de vivenciar a perda da criança seja adiado para após o término de seu plantão.

Muitos profissionais de saúde têm dificuldade de acompanhar ou lidar com o luto dos familiares de seus pacientes, principalmente dos casos que não possuem tratamento a ser seguido. Nestes casos eles tendem a fazer um desinvestimento na criança que não tem mais tratamento, e apenas esperam o momento da morte. Questionei os profissionais acerca dessa naturalização, e se eles achavam que com o passar do tempo ficava mais fácil de lidar com as mortes.

“Bom, sim e não. Eu acho que isso vai de cada pessoa mesmo. Eu acho que no meio da UTI que eu convivia, no meio hospitalar assim, tinham algumas pessoas que não tinham mais essa sensibilidade assim, sabe? Era como se, tipo, morreu, acontece, é isso aí, vamos embora, acabou. Vamos passar pro próximo e vamos tentar que o próximo não se repita. Eu não sei se esse é o melhor sentimento ou se essa é a melhor reação. O melhor jeito, talvez essa pessoa já deva ter sofrido tanto que daí, é, se acostuma, né? Teve uma bebê que nasceu de 22 semanas, pouco mais de 5 meses e meio quase 6 meses ela era tão pequenininha, tão magrinha, acho que ela tinha umas 350 gramas, tão miudinha. E aí, eu sei que é o melhor pra ela as vezes não continuar sofrendo, mas eu sempre desejo que elas se recuperem, não tenham sequelas e fiquem bem(...) hoje em dia eu não choro mais. A não ser com aqueles pacientes que a gente acompanha por mais tempo.” (Fisioterapeuta)

Nesta fala fica claro que existe uma diferenciação entre usuários. Quanto mais tempo eles passam com os pacientes mais eles sentem. Isto se dá em virtude da maior convivência e pelo contato frequente que eles têm.

Na minha experiência de estágio em hospital, eu pude notar que isso é uma constante da equipe de saúde. Havia um paciente em específico que toda a equipe

cuidava como se fosse um filho, qualquer coisa que acontecia com ele tinha o poder de deixar aquela equipe para baixo por muito tempo.

A médica explica os motivos de não poder se entregar tanto com os pacientes que vêm a óbito em sua fala a seguir:

“Então, eu acho assim, que nas reações que os médicos exteriorizam isso influencia sim. Com o passar do tempo, nós aprendemos que assim, nós vamos lidar com situações de morte praticamente todos os dias, então, é, querendo ou não, a gente tem que trabalhar com a morte, tem que saber separar as coisas. No caso se todo paciente que falecer a gente for ficar triste, ficar pra baixo, chorar, ficar “deprê”, isso vai prejudicar muito, porque existem outros pacientes que precisam da gente, então a gente não pode deixar uma coisa influenciar nas outras. Então assim, claro, nós sentimos, até aquela angustia de “poxa a gente não conseguiu salvar” ou alguma coisa assim, a gente vê a tristeza da família, vê que a gente não conseguiu, por mais que a gente tentasse, e a pessoa acabou falecendo, a gente fica triste sim, principalmente quando a gente vai passar a notícia para os parentes. É muito triste ver a reação da família, mas a gente não pode levar isso pro resto do dia, ou pra casa, porque outras pessoas precisam da nossa ajuda, então tudo tem um limite, nós sentimos, mas assim, acabou ali, entendeu, a gente tem que seguir, porque não podemos deixar isso influenciar no atendimento de outros pacientes.” (Médica)

Foi possível perceber também nos discursos que com o passar do tempo e com a naturalização da morte para os profissionais, as famílias tinham uma tendência a ficarem desamparadas, já que a equipe “não entendia” o motivo de eles estarem sofrendo tanto, mesmo quando as crianças não tinha mais expectativa de melhora.

“Resposta difícil, né? Mas acho que em muitos profissionais sim, os casos se tornam comuns, sabe? É corriqueiro, já se sabe que não vai dar, então não valorizam a dor e situações vividas por famílias que nunca as viveram, sabe?” (Enfermeira).

Os profissionais ainda relatam que existe uma forma de diferenciação dos tipos de morte que ocorrem e como a forma que eles lidam com elas podem gerar uma aparente insensibilidade.

“Acredito que sim, os profissionais tendem a se acostumar, não que eles deixem de sofrer ou sentir, mas eles tratam como um acontecimento cotidiano na maioria das vezes. Pode soar meio egoísta, mas eu acho que a gente acaba se afastando emocionalmente, como se a gente deixasse de investir naquele ser que está sem possibilidade de tratamento, para não sofrermos tanto depois. Quando somos pegos de surpresa é sempre um baque mais forte, mas no geral, acredito que todos os profissionais criam suas defesas para lidar com isso. E às vezes isso pode parecer insensibilidade da equipe com a família, pois a família pode acreditar que o profissional não se importa” (Psicóloga).

É possível perceber que casos de crianças com baixa qualidade de vida, deficiências físicas ou mentais e casos de desnutrição grave geram um investimento pobre por parte da equipe, que vê a morte nesse caso como um alívio para a família.

“Quando uma criança que não teria muita qualidade de vida vem a óbito você se sente mal, mas ela é mais, como dizer, mais fácil, eu acho, você não sai tão triste. As

vezes dá até um alívio, como se um peso fosse tirado das costas daquela família”

(Médica)

Este depoimento deixa claro o motivo pelo qual os médicos são geralmente taxados de insensíveis pelas famílias. Quando um caso não tem “futuro” eles param de investir antes, e quando o óbito ocorre, eles não sentem uma tristeza, e sim um alívio. Eles acreditam que a família sentiria o mesmo, o que não ocorre, pois até o último segundo a família se prende na esperança de um milagre. É importante que os profissionais sejam despertados para a dor da família e que se conscientizem da necessidade do amparo da mesma, tornando este momento mais humano e menos solitário para ambos os lados.

3- O impacto da Morte de crianças

Os profissionais de saúde e a sociedade tendem a ter uma maior dificuldade quando o assunto é a morte de crianças. Pois temos uma representação de infância como início da vida, logo, quando existe essa morte precoce, é como se a vida deste ser tivesse sido desprovida de sentido.

Analisando os discursos dos profissionais é possível perceber que os sentimentos e práticas na hora de falar sobre a morte não são uniformes, e variam de um para outro. Cada um apresenta seu pior tipo de morte:

“Já acompanhei casos de crianças graves ou com problemas cardíacos, até de câncer. É muito triste porque é completamente diferente de você ver um adulto, porque assim, a criança ela passa uma imagem de inocência, um mundo sem problemas, um mundo onde só existem brincadeiras, coisas coloridas, e assim, mesmo essas crianças

estando sofrendo, elas acabam lutando contra doenças de uma forma tão... leve, vamos dizer assim, que elas brincam, elas se divertem, claro que elas ficam tristes, elas têm um pouco de conhecimento, depois de tanto que é explicado a doença, até mesmo casos de acidentes, eu já vi criança chegar de atropelamento e ter traumatismo craniano, ter que ir direto para a cirurgia e acabar falecendo, então assim, é um grupo diferente de pessoas que vê o mundo com mais inocência, quando elas chegam a morrer a gente fica muito chocado porque, gente, é uma criança que não tem culpa de nada, não fez nada, e precisou passar por isso. E, tipo, acabou perdendo a vida, sem um porque, é muito chocante, a gente fica muito, muito, muito abalado. Porque elas tem tanta coisa para viver ainda e teve que chegar ao fim logo ali, nessa primeira fase, logo quando criança. Isso deixa a gente muito, muito sentido mesmo.” (Médica)

“Minha residência foi na UTI neo e pediátrica, a maioria dos meus pacientes eram crianças menores de três anos. Inclusive umas de 22 ou 23 semanas. Então sendo muito sincera, no começo, eu tive um choque, eu não sei explicar. A criança nasceu saudável, e duas horas depois ela foi parando de respirar e depois o coração foi parando e ela acabou indo a óbito, naquela hora pra mim, eu só tava observando, não tava trabalhando, eu tinha acabado de chegar e fiquei sabendo da história toda, aquele primeiro contato pra mim foi meio chocante assim, porque daí aparentemente eu não sabia o que estava acontecendo ou o porquê tinha chegado naquela situação”
(Fisioterapeuta)

Sudnow (1981) explica que existem dois tipos de morte. A esperada e a não prevista. Neste sentido é possível notar que alguns tipos de morte causam uma reação menor quando comparadas a outras:

“Então acho que as mortes que são inevitáveis, coisas que acontecem de repente, a criança estava na cadeirinha, andando numa rua, tem um caminhão do lado, caiu um saco de batata que fez o caminhão sofrer um acidente e matou a criança. Isso é uma coisa tão improvável, tão incomum de acontecer, que é menos difícil de aceitar, poderia acontecer com qualquer um. A morte é mais difícil de eu aceitar quando é imprudência, aquele familiar com a criança pequena, sem cadeirinha, sentada no banco da frente, ou em pé no banco da frente, mexendo, pulando, e essa pessoa em velocidade mais alta. Por causa disso, uma criança é ejetada a 10 metros do carro e ela vem a óbito. Será que isso era para acontecer? Ou será que isso poderia ser evitado? Isso para mim é um pouco mais difícil de aceitar. É irresponsabilidade. Ou então aquele paciente, que tá comigo há 3 meses, tá melhorando, ou já foi de alta da UTI. Estava no semi intensivo ou na enfermaria, e por alguma coisa ele volta pra UTI e vem a óbito, é mais sofrido de aceitar.” (Fisioterapeuta)

Quando as crianças morrem de formas abruptas geram mais dor e desespero por parte dos profissionais:

“Quando as crianças fortes morrem por besteira, tipo um engasgo é mais difícil de aceitar.” (Médica)

Em outro depoimento, foi possível notar o desinvestimento que a equipe faz quando uma morte é esperada:

“A meu ver, a equipe lida melhor com as mortes “previsíveis” quando uma criança não tem mais possibilidade terapêutica e coisas assim. Mas quando aparece

uma criança saudável, que morre por conta de um afogamento em balde, ou algo do tipo, é visível a frustração dos profissionais, eles não conseguem esconder. Eu mesma fico com raiva, sofro, e choro com os pais em alguns momentos. Mas meu papel ali é acolher aquela família. Eu só costumo internalizar mais quando eu já acompanho por mais tempo a criança e a família, nesses casos eu sofro mais, mesmo quando a criança está fora de tratamento, eu continuo sofrendo ao lidar com os familiares que ainda se prendem num fio invisível de esperança, ou que esperam por um milagre divino. Eu vejo que a equipe sofre mais com os repentinos, porque eles não têm tempo para internalizar essa possível morte, enquanto que eu sofro mais com as “mortes mais longas” devido a minha proximidade com a família nos acompanhamentos psicológicos.” (Psicóloga)

Profissionais de saúde que não tinham ideia de como lidar por uma falta de preparo no curso às vezes até desistem de ficar em certas áreas, pois acham muito doloroso. Talvez, com uma formação mais ampliada em educação para a morte, esta enfermeira não tivesse tanta dificuldade de lidar com as situações com as quais se deparasse na oncologia. E quem sabe ainda estaria atuando nesta área.

“Óbito de criança é sempre mais doloroso, pois não é a ordem natural da vida. São sonhos e expectativas que acabam junto com aquela vida, né? E que seguem em luto até a superação. Em meu ambiente de trabalho a morte de uma criança que evoluía bem e de repente tem uma morte súbita sem causa aparente, é a mais difícil de engolir, pois não existe a possibilidade de se internalizar o contexto de possível morte, existe uma expectativa de alta, sabe? Quando eles morrem é muito difícil. Eu deixei de trabalhar com oncologia porque não suportava ver os pequeninos sofrendo

tanto e sabendo ser tão forte, serenos e felizes, mesmo morrendo, eu não achava isso justo, não sabia como lidar, me abatia muito na época, voltava chorando inúmeras vezes para casa. Quando morriam então, após meses de convivência, eu entrava em pânico. Agora na neo, eu sei que eles são mais frágeis, mas consigo lidar melhor se é que entende. Até hoje eu me lembro de alguns casos que me marcaram e sofro.”

(Enfermeira)

Sobre a prática de atividades pela equipe de saúde para superar a morte em seu dia-a-dia os profissionais de saúde entrevistados explicaram que existem atividade e grupos para os familiares dos pacientes, mas que não existe nada parecido para que eles possam ser ajudados e vivenciem este processo. Em suas falas foi possível notar que eles utilizam de conversas para lidar com esta situação.

Vale destacar a importância de se pensar na dedicação aos cuidadores, e criar um lugar que possibilite a reflexão destes profissionais, de modo que eles possam aprender a lidar melhor com a morte das crianças que atendem.

“Quando alguma criança morre a gente tenta conversar uma com a outra, busca força nisso, umas têm ajuda da religião, mas geralmente a gente conversa e se apoia para superar.” (enfermeira)

Como o apoio encontrado geralmente vem de outro profissional da área é evidente a necessidade da criação de grupos de suporte que possibilitem um espaço de escuta e troca de experiências, ajudando inclusive esses profissionais a abrangerem os seus conhecimentos sobre os processos de morte.

Para tanto, é importante que a equipe de saúde invista em grupos de apoio para

os profissionais de saúde, para que assim eles tenham um lugar que seja aberto para discussões, onde eles consigam se amparar melhor e tenham um maior suporte emocional. Estes grupos podem até incitar os profissionais da equipe a conversarem sobre os problemas, as suas dificuldades e as angústias que podem surgir no cuidado dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, suas famílias e seus sentimentos. Também é importante a conscientização da equipe para que estes grupos sejam frequentados, pois muitas vezes, existe uma demanda de fala por parte da equipe, mas quando o espaço é dado eles tendem a achar que é perda de tempo, ou tem algum preconceito. Todas estas medidas são apenas ideias de ações que visam melhorar o preparo e o modo como a morte é encarada por estes profissionais, a fim de garantir um melhor preparo para a equipe. É importante ressaltar que cada equipe é diferente, e as medidas devem ser avaliadas da melhor forma para o contexto de trabalho existente em cada setor.

Capítulo 5 – Considerações finais

Os conceitos de morte e do morrer passaram por muitas mudanças durante os séculos. Era comum as pessoas morrerem em casa, rodeados por sua família, a morte fazia parte do cotidiano, e não era negada. Atualmente este processo foi transferido para o hospital, o que tornou a morte algo afastado da vida, algo banalizado, indesejado, temido e com o advento das novas tecnologias com uma maior tentativa de se adiar.

Apesar de estar muito presente no dia a dia da equipe de saúde, a morte continua sendo uma difícil questão. É possível verificar essas dificuldades por parte dos profissionais ao lidar com ela, principalmente quando se trata de uma criança hospitalizada que vem a óbito. Estas dificuldades são construídas desde a formação destes profissionais. Devido à superficialidade dada ao tema, os profissionais não saem capacitados para lidar com as perdas, e muitos deles saem da graduação com a ideia de salvar a todos e quando isso não ocorre, eles se sentem fracassados.

No processo de reflexão causado por esta monografia, é possível ressaltar alguns pontos encontrados na pesquisa. Nos depoimentos dos profissionais entrevistados foi possível perceber uma dificuldade bastante presente ao se tratar da morte. Isto se dá basicamente pela falta de preparo do seu curso de graduação. É importante que existam mais discussões acerca deste tema em todos os cursos de saúde, assim no futuro, os profissionais terão mais repertório para lidar com situações aversivas de morte. Outro ponto a ser destacado é o da importância da conscientização dos profissionais para a dor da família em casos que são vistos como “sem futuro” e acima de tudo é necessário respeitar a necessidade de amparo tornando este momento mais humano e menos solitário para os dois lados: família e equipe de saúde. Por fim, mas não menos importante, é necessário se investir em grupos de apoio para os profissionais da saúde, um local aonde eles possam discutir e obter um suporte emocional para lidar com a

perda das crianças.

Sabemos dos desafios para que essas ações sugeridas sejam implementadas, para tanto, é necessária uma revisão das estratégias propostas para cada contexto. Todas estas medidas são apenas ideias de ações que visam melhorar o preparo e o modo como a morte é encarada por estes profissionais, a fim de garantir um melhor preparo para a equipe. É importante ressaltar que cada equipe é diferente e as medidas devem ser avaliadas da melhor forma para o contexto de trabalho existente em cada setor.

É relevante destacar que este estudo é apenas um dos vários olhares que esta temática possibilita. Devido à complexidade do tema, poder-se-ia dizer que este trabalho não esgota o objeto, no entanto, oportunizará reflexões e aprendizados da vida real dos profissionais abrangidos pelo assunto em nossa pesquisa. Ansiamos que mais pesquisadores se aprofundem nesta área, para que seja possível construir novos caminhos e “veículos humanos”, que cooperem para transformar a atividade profissional de conviver com a morte em algo mais saudável de se lidar, e que quando se tratarem de crianças estejam os profissionais preparados, não apenas para a morte, mas sobretudo para a consequência que ela traz em nossas vidas e dos familiares. Essencialmente quanto ao sentimento externo de que o profissional de saúde não sofre e que seria insensível vimos que isto é uma inverdade que precisa ser mudada e isso só acontecerá com a melhor preparação para este enfrentamento real.

Referências

- Alencas, S. C. S.; Lacerda, M. R.; Centa, M. L. Finitude Humana e Enfermagem: Reflexões Sobre o (Des)Cuidado Integral e Humanizado ao Paciente e Seus Familiares Durante o Processo de Morrer. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba; n. 7, v. 2, p. 171-180, 2005.
- Ariès, P. (1989). *Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média*. Lisboa: Teorema.
- Azeredo, N. S.G., Rocha, C. F., Carvalho, P. R. A. (2011). *O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina*. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 37-43. Acessado em 18 de novembro de 2014, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100006&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0100-55022011000100006.
- Brêtas, J. R. S.; Oliveira, J. R.; Yamaguti, L. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, n. 40, v. 4, p. 477-483, 2006.
- Caparelli, F. (1998). *A doença, a criança e sua família*. *Ped Mod*; 36(12): 59-62.
- Caprara, A., & Rodrigues, J. (2003). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Acesso em 28 de novembro de 2010, disponível em Scielo Brasil - Ciência e Saúde Coletiva: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19831.pdf>
- Cardoso, M. H., & Gomes, R. (2000). Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde. Acesso em 25 de novembro de 2010, disponível em Cadernos de Saúde Pública: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2099.pdf>
- Combinato, D. S., Queiroz, M. S. (2006). *Morte: uma visão psicossocial*. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216. Acesso em 18 de novembro de 2014,

disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200010&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-294X2006000200010

- Costa, J. C.; Lima, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, n. 2, v. 13, p. 151-157, 2005.
- Esslinger, I. (2004). *De quem é a vida afina? descortinando cenários da morte no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, M. G., & Figueiredo, M. T. (2009). *Cuidados Paliativos*. In: F. S. Santos, & D. Incontri (Orgs.), *A arte de morrer: visões plurais* (pp. 196-206). Bragança Paulista: Comenius.
- Gomes, G. C. (2000) *A família como cliente na unidade de pediatria: reflexões de uma equipe de enfermagem*. [dissertação]. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Gutierrez, B. A. O. (2003). *O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva*. [Tese]. Retirado de: <http://teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-26102005-123431/pt-br.php>
- Ismael, S.M.C. *A família do paciente em UTI*. In Mello Filho, J., Burd, M. (Orgs.). *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- Kovács, M. J. (2005). *Educação para a morte*. Acesso em 10 de outubro de 2010, disponível em Scielo Brasil - Psicologia: Ciência e Profissão: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v25n3/v25n3a12.pdf>
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Le Breton, D. (2006). *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes.

- Lisbôa, M. L., & Crepaldi, M. A. (2005). Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. Acesso em 06 de novembro de 2009, disponível em Scielo Brasil - Paidéia: <http://scielo.br/pdf/paideia/v13n25/09.pdf>
- Menezes, R. A. (2004). *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond - FioCruz.
- Minayo, M. C. (1988). Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Acesso em 25 de novembro de 2010, disponível em Cadernos de Saúde Pública: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n4/03.pdf>
- Minayo, M.C., Deslandes, S.F., Cruz Neto, O., Gomes, R.. (1994). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes
- Oliveira, E. A; Santos, M. A.; Mastropietro, A. P. (2010) Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.15, n. 2, p. 235-244, abr./jun.
- Perazzo, S. (1995). *Descancem em paz os nossos mortos dentro de mim*. São Paulo: Agora.
- Quintana, A. M. (2009). Morte e formação médica: é possível a humanização? In: F. S. Santos, A arte de morrer: visões plurais (pp. 37-48). Bragança Paulista: Comenius.
- Quintana, A. M., Santos, M. S., & Lima, L. D. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. Acesso em 18 de novembro de 2014, disponível em Scielo Brasil - Paidéia: Pública: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=>
- Ribeiro, N. M. R. (1999). *Famílias vivenciando o risco de vida do filho*. [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Santana J.S da S. (2000) *O processo de exclusão de adolescentes no Brasil: sua origem na infância desvalorizada*. In: Ramos, FRS, Monticelli, M., Nitschke R.G. *Projeto*

acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília:

ABEN/ Governo Federal; p. 15-35.

Salles, L. M. F. (2005). *Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos*. Estudos de Psicologia (Campinas), 22(1), 33-41. Acessado em 18 de novembro de 2014 Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000100005&lng=en&tlng=pt)

[166X2005000100005&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000100005&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0103-166X2005000100005.

Silva, L. S., Radomile, M. E. S., Vizelli, A.C., Santos, M.O.O., (2009) *A Morte no Contexto Hospitalar: A Visão de Uma Equipe de Enfermagem*. Acesso em 18 de novembro de 2014, disponível em:

http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0463

Straub, R. O. (2005). Psicologia da saúde. Porto Alegre: Artmed.

Sudnow, D. (1981) *Passing on*. New York, Practice-Hall.

Torres, W. C., Guedes, W. G. (1987). O psicólogo e a terminalidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 2 (39), 29-38.

Twycross, T. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa: CLIMEPSI.

Vainfas, R. (1997). História das mentalidades e história cultural. In: C. F. Cardoso, & R. Vainfas, Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Campus.

Zorzo, J. C. C. (2004). *O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem*. [Dissertação]. Retirado de: <http://teses.usp.br/teses/dsponiveis/22/22133/tde-07072004-114012/pt-br.php>

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1- Para você, qual é o conceito de morte?
- 2- Você já vivenciou a morte no ambiente familiar?
- 3- Como e quando foi o primeiro contato com a morte na graduação?
- 4- Como você se sente quanto ao óbito de uma criança?
- 5- Existe algum tipo caso que a morte é mais complicada de aceitar? - Por quê?
- 6- Você acredita que o tempo de atuação profissional influencia as reações sentimentais? - Por quê?
- 7- Você acha que o seu curso prepara o aluno para o enfrentamento da Morte?
- 8- O que você faz para lidar com as mortes que presencia?
- 9- A reação familiar em frente ao falecimento tende a ser grande, como você lida com isso?
- 10- Como você acha que o resto da equipe de saúde lida com esses óbitos?